



Adult Safety Net (ASN) Program
ADULT ELIGIBILITY SCREENING RECORD

PURPOSE: To determine and record eligibility for the DSHS ASN Program. A record of the eligibility status of adults receiving vaccine supplied by DSHS must be maintained either in hard copy by the clinic providing the service or in an electronic system such as TWICES. Hard copies must be maintained for five (5) years. ASN eligibility screening and documentation of eligibility status must take place at each immunization visit to ensure eligibility status for the program.

Date of Screening: (mm/dd/yy)

Name: (Last) (First) (Middle initial)

Date of Birth: (mm/dd/yy) Gender: Male Female Veteran: Yes No

Important Information for Former Military Service Members

Women and men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Air Force, Coast Guard, Reserves or National Guard may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at www.veterans.portal.texas.gov.

Eligibility Criteria:

- I declare that I qualify for vaccines through the ASN Program because I do not have health insurance.
I am 19 years of age and I have been referred to finish a vaccine series that I began when I was 18 years of age or younger and eligible under the Texas Vaccines for Children (TVFC) Program. This option is only available as long as I have not reached my 20th birthday. "Vaccine series" applies to Hepatitis A, Hepatitis B, Human Papillomavirus (HPV), Mumps, Measles, & Rubella (MMR), Varicella, and Meningococcal vaccines.

Referring Provider:

Patient Signature: Date: (mm/dd/yy)

NOTE: Knowingly falsifying information on this document constitutes fraud. By signing this form, I hereby attest that the above information is true and correct. I declare that the person named above is eligible to receive ASN vaccines.

With few exceptions, you have the right to request and to be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the agency to correct any information that is determined to be incorrect. See http://www.dshs.texas.gov for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, and 559.004)



Programa de Protección Para Adultos (ASN)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN PARA ADULTOS

PROPÓSITO: determinar y registrar si una persona tiene derecho a participar en el Programa de Protección para Adultos (ASN) del DSHS. Este registro sobre el derecho a participar en el programa de los adultos que reciben vacunas del DSHS se debe conservar en papel en la clínica que presta el servicio o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias en papel deben conservarse durante cinco (5) años. Cada vez que una persona vaya a vacunarse, será necesario determinar y documentar si reúne los requisitos para participar en este programa.

Fecha de la determinación: / /
(mm/dd/aa)

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: / / Sexo: Hombre Mujer Veterano: Sí No
(mm/dd/aa)

Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas

Los hombres y las mujeres que hayan servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el sitio web de los veteranos de Texas en www.veterans.portal.texas.gov.

Requisitos para participar:

- Declaro que reúno los requisitos para recibir vacunas a través del Programa ASN porque no tengo seguro médico.
- Tengo 19 años y he sido remitido al programa para terminar de recibir la serie completa de vacunas que empecé a recibir cuando tenía 18 años o menos, y cumplo los requisitos para participar en el Programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC). La “serie de vacunas” incluye las vacunas contra la hepatitis A, la hepatitis B, el virus del papiloma humano (VPH), el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR), la varicela y la vacuna antimeningocócica.

Proveedor de referencia: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: / /
(mm/dd/aa)

NOTA: Proporcionar información falsa en este documento a propósito constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información es verdadera y correcta. También declaro que la persona nombrada arriba reúne los requisitos para recibir vacunas del ASN.

Salvo en casos excepcionales, tiene derecho a solicitar y conocer la información sobre usted que recopile el estado de Texas. Tiene derecho a recibir y revisar la información si lo pide. También tiene derecho a solicitar que se corrija cualquier dato que usted considere incorrecto. Para más información sobre el aviso de privacidad, visite el sitio web <http://www.dshs.texas.gov>. (fuente: Código Gubernamental, apartados 552.021, 552.023 y 559.004)